

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale/ chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

78269

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1776 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZOUAGGARI RADIJA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.20.03.84 Total des frais engagés : 300 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Abdellah OTARI  
Neuro-Psychiatre  
75, Rue Taha Housine (ex.rue galilée)  
Tél: 0522 20.70.91/20.61.41

Date de consultation : 13 JUIL 2021

Nom et prénom du malade : ZOUAGGARI RADIJA

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : 971 Neuro-Psychiatre (ex.rue galilée)

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13 JUIL 2021	SJ		300	Docteur Abdellatif TAKI Neuro-Psychiatre 15, Rue Taïha Houcine (ex rue galilée) Tél: 0522 20.70.91/20.61.41

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAURENTIALE Leila Aissaoui 100 Bd A. Diderot	13/07/21	2097, 60

## ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

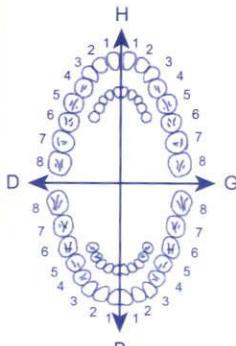
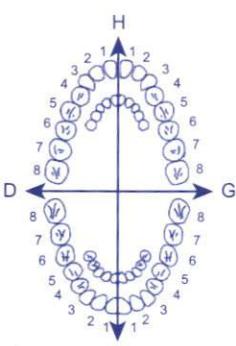
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		
	D 00000000	B 00000000		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelhalim OTARID

الدكتور عبد الحليم عطارد

أخصائي في الأمراض النفسية والعصبية

NEURO-PSYCHIATRE

خبير خارج

Expert diplômé de

جامعة رونى ديكارت (باريس)

L'Université René Descartes (Paris)

Casablanca, le 13 JUIL. 2021 الدار البيضاء، في

IZOUAGARI Route

128,900

S.V

11 Roudat n° 5

1/9 6 km, 19 km

V

22 Zep - 6

34,700 1/9 6 km, 19 km

3 - Afhy n° 30

S.V

98,300 11 24 6 km

2097,60

Tahia Gauthier Rue

PHARMACIE DE LA  
ROUTE DE TAHIA HOUCINE  
Lettre P  
100, Rue Abdellatif  
Cas - Tel: 05 22 23 47 70

Docteur Abdelhalim OTARID  
Neuro-Psychiatre

75, Rue Taha Houcine (ex.rue galilée)  
Tél: 0522 20.70.91/20.61.41

98,30

188,90

188,90

188,90

188,90

98,30

06,821

188,90

98,30

98,30

98,30

98,30

98,30

98,30

98,30

98,30

98,30

PPV:34DH70  
PER:04-24  
LOT:K 1096

PPV:34DH70  
PER:04-24  
LOT:K 1096

PPV:34DH70  
PER:04-24  
LOT:K 1096

PPV:34DH70  
PER:03-24  
LOT:K 917

PPV:34DH70  
PER:04-24  
LOT:K 1096

PPV:34DH70  
PER:04-24  
LOT:K 1096

PPV:34DH70  
PER:04-24  
LOT:K 1096

PPV:34DH70  
PER:03-24  
LOT:K 917